DE LA

GANGRÈNE

DES

FIBRO-MYOMES UTÉRINS SOUS-MUQUEUX NON PÉDICULÉS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juin 1906

PAR

Mlle GHINEVA

Née à Choumla (Bulgarie), le 5 octobre 1881

Pour obtenir le grade de Docteur d'Université
(MENTION MÉDECINE)



MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1906

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
TRUC . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeur adjoint : M. RAUZIER

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. JAUMES, E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	RAUZIER, prof. adjoint
Pathologie externe	JEANBRAU, agrégé
Pathologie générale	RAYMOND, agr. (✻).
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, Ag. libre
Accouchements	PUECH, agrégé lib.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. JEANBRAU	MM. GAGNIERE
RAYMOND (✻)	POUJOL	GRYNFELTT Ed.
VIRES	SOUBEIRAN	LAPEYRE
VEDEL	GUERIN	

M. IZARD, *secrétaire*.

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, *président*.
ESTOR, *professeur*.
VIRES, *agrégé*.
SOUBEIRAN, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Mlle GHINEVA.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ DE ROUVILLE

CHARGÉ DE LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE DE MONTPELLIER

M[lle] GHINEVA.

INTRODUCTION

L'histoire de la dégénérescence gangréneuse des fibromes utérins est de date ancienne, puisque dès 1749 Levret sait que « *ces tumeurs peuvent s'enflammer, s'ulcérer, se mortifier* ». Plus tard, Malgaigne, en 1885, dans sa thèse d'agrégation, reprend la question et sans rien préjuger, écrit : « D'autres fois le ramollissement semble dû à un travail intérieur ; le tissu devient plus gris, il s'imbibe de liqueurs plus abondantes, devient plus souple et plus facile à déchirer, quelquefois même rétrograde jusqu'à l'état pulpeux. Nous n'oserions décider de la nature de ce ramollissement ; il suffit d'attirer sur ce point l'attention des observateurs ».

Depuis, grâce surtout aux progrès de l'anatomie pathologique, de la bactériologie et de la technique opératoire, les faits se sont multipliés et la question semble bien mise au point, tant par l'intéressant mémoire de Vautrin (1898) que par les discussions de la Société de chirurgie.

Sur les conseils de notre maître M. le professeur de Rouville, nous avons cru cependant qu'il y aurait intérêt à reprendre l'étude de la dégénérescence gangréneuse des fibromyomes utérins, mais en nous occupant plus spécialement des fibromes sous-muqueux non pédiculés ; la gangrène des polypes sous-muqueux étant aujourd'hui un fait banal dans l'histoire de ces tumeurs. C'est qu'en effet nous n'avons trouvé

aucun travail d'ensemble sur cette question, qui ne représente qu'un chapitre dans les thèses de Bisch (Gangrène des fibro-myomes utérins non pédiculés, Paris, 1901) et de Picquand (Les dégénérescences des fibro-myomes de l'utérus, Paris. 1905).

Dans cette étude, nous maintiendrons la distinction fondamentale adoptée par tous les auteurs et nous distinguerons :

1° La simple mortification, nécrobiose consécutive à des troubles de la vascularisation et de la nutrition des tumeurs :

2° La gangrène proprement dite, causée par l'infection d'une tumeur ischémiée et plus ou moins nécrosée.

Nous passerons successivement en revue l'étiologie et la pathogénie de ces fibromes gangrenés, leur symptomatologie. leur diagnostic et leur pronostic. Après un court chapitre d'anatomie pathologique dans ce qu'elle peut avoir de particulier au cours de cette dégénérescence, nous aurons à insister sur le traitement que nous ferons suivre de quelques observations inédites.

Au moment de quitter la Faculté de médecine de Montpellier, nous tenons à assurer de notre respectueuse gratitude tous les maîtres qui, par leur bienveillance et leur direction éclairée, nous ont encouragée et ont facilité notre tâche.

Nous témoignons tout particulièrement notre reconnaissance à M. le professeur Tédenat ; les conseils pratiques que nous avons cueillis dans son serivce de clinique chirurgicale nous seront toujours précieux. Il a droit à notre plus vive gratitude pour l'obligeance avec laquelle il a mis à notre disposition ses observations et pour le très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre thèse.

C'est M. le professeur de Rouville qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et c'est aidée de ses bienveillants conseils que nous avons pu mener à bonne fin ce modeste travail. Nous l'en remercions vivement. Nous l'assurons que l'enseignement que

nous avons reçu à ses cours de gynécologie restera le guide le plus sûr dans notre pratique.

M. le professeur Estor, en acceptant d'être un des juges de notre thèse, continue à témoigner de la sympathie qu'il a toujours manifestée à notre égard. Nous n'oublierons pas que c'est dans son service que nous avons fait nos premiers pas dans la chirurgie pratique.

Notre cher maître, M. le professeur-agrégé Vires, a droit à notre plus respectueuse reconnaissance ; nous garderons de lui le meilleur souvenir.

A M. le professeur agrégé Soubeyran toute notre sympathie et nos remerciements.

Nous devons aussi nos remerciements à M. le docteur Fuster, chef de clinique chirurgicale, pour ses utiles conseils.

C'est avec grand regret que nous quitterons ce cher pays de France, où nous avons passé une grande partie de notre vie. Nous ne saurons jamais assez remercier tous les amis et amies qui ont rendu notre séjour agréable et partagé les moments pénibles.

DE LA

GANGRÈNE

DES

FIBRO-MYOMES UTÉRINS SOUS-MUQUEUX

NON PÉDICULÉS

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

La gangrène des fibromes utérins non pédiculés est une complication relativement rare, comme on peut s'en rendre compte en consultant les statistiques des différents auteurs.

Martin (Pronostic des fibromes, *Normandie médicale* 1898) en observe 10 cas sur 205 fibromes.

Lauwers (Complications des myomes, *Bulletin de la Société belge d'obstétrique*, 1897), sur 200 fibromes, compte seulement 2 cas de nécrobiose et 1 cas de sphacèle.

Noble, enfin, sur 218 fibromes, retient seulement 12 cas de nécrose ou de sphacèle de tumeurs non pédiculisées.

Ces chiffres, on le voit, n'accusent qu'une infime proportion de dégénérescences gangreneuses des fibromes non pédiculés. Ils sont d'ailleurs encore mieux précisés par les thèses de Bisch, qui en rapporte seulement 37 cas, et de Picquand qui arrive à un total de 63 observations.

Ces différents auteurs font rentrer dans leur calcul les différentes variétés de tumeurs non pédiculées, fibromes sous-muqueux, interstitiels, et sous-péritonéaux. Or, si nous nous plaçons plus particulièrement à notre point de vue, et si nous retenons seulement les cas de fibromes sous-muqueux, nous voyons que ces chiffres doivent être sensiblement abaissés. Cette variété ne compte, en effet, que pour 11 cas dans la statistique de Bisch et pour 46 seulement dans celle de Picquand. Mais ces chiffres ont malgré tout leur éloquence, et nous pouvons dire que dans les cas de gangrène des fibromes utérins non pédiculés, cette dégénérescence atteint surtout la variété sous-muqueuse, puisque nous voyons cette proportion osciller entre la moitié et les deux tiers.

Quelles en sont les causes ? Quel en est le mécanisme ?

Causes prédisposantes. — La gangrène des fibromes sous-muqueux non pédiculés, peut être fonction, comme pour tous les fibromes d'une façon générale, des troubles de vascularisation avec infection surajoutée, mais il semble qu'il y a surtout trois facteurs essentiels : l'âge de la malade, les dégénérescences antérieures et surtout la situation de la tumeur.

L'âge de la malade paraît jouer un rôle capital. Une étude comparée des observations permet de se rendre compte que la gangrène survient surtout chez les femmes ayant atteint ou dépassé la quarantaine et même, dans un cas de Noble, chez une femme de 70 ans. Or, si pour les polypes on peut expliquer l'ischémie par la torsion ou la striction du pédicule, il semble que pour les fibromes non pédiculés, cette notion d'âge soit suffisante pour nous faire comprendre les troubles de la nutrition de la tumeur. C'est selon toute évidence à la ménopause et aux troubles vasculaires consécutifs, qu'il faut attribuer la fréquence de la gangrène après 40 ans. Au moment de la ménopause, en effet, les vaisseaux utérins sont le

siège de phénomènes de rétrécissement et de sclérose ; l'utérus lui-même s'atrophie et par contre-coup, le fibrome voit diminuer ses apports nutritifs. Ces troubles de la nutrition de la tumeur, s'ils peuvent dans de nombreux cas constituer une évolution favorable, puisque pour beaucoup, la tumeur est en ce moment là près de la régression, paraissent être suffisants quelquefois pour amorcer la dégénérescence gangréneuse.

Dans le même ordre d'idées, on pourrait rapprocher la grossesse de l'action prédisposante de la ménopause. Au cours de la grossesse, en effet, comme le dit Guéry (Suppuration des fibromes, Thèse de Paris, 1901) « les faisceaux musculaires atteints d'hyperhémie, d'activité nutritive voisine de l'inflammation, compriment les faisceaux interposés, au point d'y arrêter la circulation sanguine et l'apport d'éléments nutritifs ; ces faisceaux s'atrophient et leurs cellules se mortifient ». D'autre part, comme l'explique Vautrin (*Semaine gynécologique*, 1898), les contractions utérines en raréfiant le tissu cellulaire lâche qui entoure la capsule du fibrome, en rompant plus ou moins les tractus vasculaires qui assurent la nutrition de ce fibrome, suffisent à provoquer l'ischémie de cette tumeur, ainsi isolée en quelque sorte dans sa gangue.

Quant à l'âge du fibrome lui-même, il varie généralement d'après les auteurs entre cinq et six ans, mais cette notion est peu importante, puisque le plus souvent, la tumeur a, dès le début, une marche des plus silencieuses. Les quelques observations où l'on a signalé des fibromes gangrénés d'emblée, semblent plutôt faire supposer que le myome avait passé longtemps inaperçu.

Ainsi donc, tout trouble apporté à la nutrition d'un fibrome, soit par la grossesse, soit surtout par la ménopause, constitue une cause éminemment favorisante de gangrène.

Il en sera de même des dégénérescences, en raison des

troubles nutritifs ou vasculaires qui les accompagnent ou les déterminent. Ces dégénérescences sont le plus souvent difficiles à saisir, cachées qu'elles sont par le sphacèle, mais on a pu observer des tumeurs œdématiées (Martin, Gatti, il Policlinica, Rome, 1895) ou des fibromes calcifiés (Giraudeau, *Archives de tocologie*, 1883 ; Chadwick, *Boston med. and surg. Journal*, 1897).

Parmi ces dégénérescences, la plus intéressante est la production d'un épithélioma. Quénu, dans la thèse de Bisch, en donne deux exemples remarquables. Cette existence d'épithélioma et de gangrène est d'ailleurs signalée, par Broca, par Lauwers (*Semaine gynécologique*, 1904) et par Doyen (*Archives provinciales de chirurgie*, 1899). Le développement de l'épithélioma a pour effet de détruire la muqueuse qui protège le fibrome contre les infections, de dissocier ce fibrome par ses prolongements, et enfin de constituer pour les microbes saprogènes ou pyogènes un excellent milieu de culture. Ces épithéliomas, nous le savons, tendent en quelque sorte spontanément à la gangrène, à cause de leur vascularisation nulle et se caractérisent cliniquement par un écoulement sanieux et une odeur fétide.

Dans une observation que nous a communiquée M. le professeur Tédenat, nous notons également la présence d'un cancer du col.

Enfin, dans un cas de Fuster (*Montpellier médical*, 1904), l'examen histologique a permis de déceler la dégénérescence sarcomateuse.

A côté de ces modifications apportées par la coexistence d'une tumeur maligne, il convient de placer l'action des traumatismes chirurgicaux, en particulier l'électrisation et la galvano-puncture, qui agissent comme modificateurs. Ces facteurs paraissent même être les seuls en cause dans les cas de Agostini (*Montpellier médical*, 1885), Apostoli (*Union médi-*

cale, 1886), Chadwick, Lawson Tait (*Zeistchrift für Geburt und Gynäck* XV), Boursier (*in* thèse de Lasnier, Bordeaux, 1898.)

Mais la condition la plus importante qui puisse influer sur la gangrène est la situation du fibrome. Suivant que nous aurons affaire à une variété différente de fibromes, sous-muqueux, interstitiel ou sous-péritonéal, les conditions de nutrition et les dangers d'infection seront complètement différents. Le fibrome sous-muqueux, avons-nous vu, est le plus fréquent parmi les fibromes non pédiculés et nous avons trouvé une proportion de plus des deux tiers, soit 46 cas sur 63 observations. Or, cette situation au voisinage de la cavité utérine dont le sépare seulement une muqueuse le plus souvent altérée, constitue pour le fibrome une condition en quelque sorte idéale pour l'infection à venir. Sans doute, la nutrition est mieux assurée dans ces fibromes que dans les polypes ; mais que, pour une des raisons que nous avons indiquées, la vascularisation vienne à être perturbée, et aussitôt on verra l'infection se produire par l'un des nombreux agents qui vivent dans la cavité utéro-vaginale.

Les altérations de la muqueuse qui favorisent le développement de la gangrène, nous les avons déjà signalées : ce seront les dégénérescences épithéliomateuse ou sarcomateuse, les modifications produites par la galvanopuncture ; et il convient de retenir encore les traumatismes chirurgicaux, toucher septique, curettage, ablation incomplète des fibromes sous-muqueux, qui ouvrent la voie à l'infection. Au cours de l'accouchement ou de l'avortement, les altérations de la muqueuse « sont rendues plus fréquentes dans les cas de fibrome par la dystocie que ces derniers peuvent provoquer et par les interventions (forceps, version), qui en sont la conséquence ». L'infection post-partum a déterminé la gangrène en quelques jours dans un cas de Moreau (Société

anatomique, 1850). Enfin, parmi les causes qui semblent le plus altérer la muqueuse, il semble que les lésions de métrite, en particulier la métrite chronique, doivent occuper la place d'honneur.

En résumé, la gangrène des fibromes sous-muqueux non pédiculés, relève surtout d'une infection se produisant sur un milieu mal nourri.

Quels sont les agents de cette infection ?

Causes déterminantes. — Les examens bactériologiques sont encore fort incomplets et les enseignements que l'on en pourrait tirer restent insuffisants. Les microbes pyogènes ordinaires peuvent suffire à produire le sphacèle, mais ils semblent le plus souvent secondaires, les producteurs de la gangrène étant surtout des saprogènes. On a retrouvé du streptocoque, du staphylocoque blanc, du colibacille. Hartmann et Mignot (Suppuration gangréneuse des fibromes indépendants de la cavité utérine, *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1896), ont trouvé « une grande abondance de bacilles courts, volumineux, souvent réunis deux à deux par leurs extrémités. Ce bacille se colore bien par toutes les couleurs d'aniline, mais se décolore avec la plus extrême facilité. En culture aérobie, il ne pousse rien ; en culture anaérobie, il donne dans la gélatine, tout le long de la piqûre une strie blanche, de laquelle se détachent de petites arborescences. Le bouillon se trouble rapidement et exhale la même odeur fétide que la tumeur ».

Quant à l'origine de ces agents infectieux, il semble bien qu'on doive la chercher dans la présence, en quelque sorte constante, de bacilles saprogènes dans les cavités utérines et vaginales. Ces micro-organismes, qui vivent là d'une vie latente, se réveillent, pour ainsi dire, dès que la moindre alté-

ration de la muqueuse leur permet d'envahir la tumeur, troublée dans sa nutrition et sa vascularisation.

Les agents infectieux peuvent aussi venir des organes voisins, rectum, vessie, dans quelques cas même de l'intestin et de l'appendice, comme semblerait le prouver la présence du colibacille. Mais cette voie d'infection est peu commune, et nous pouvons conclure que la gangrène des fibro-myomes utérins non pédiculés, a pour cause déterminante l'arrivée au niveau de la tumeur altérée de saprogènes contenues dans le canal utéro-vaginal.

Notons cependant qu'au cours de certains états infectieux, grippe, pneumonie, appendicite suppurée..., on peut voir survenir la gangrène d'un fibrome, gangrène qui prend d'emblée des allures infectieuses et qui a la valeur d'un véritable abcès métastatique.

CHAPITRE II

SYMPTOMES

La symptomatologie de la gangrène des fibromes sous-muqueux non pédiculés, doit être étudiée aux deux stades bien différents de l'évolution de ces tumeurs.

Dans un premier ordre de faits, il s'agit de simple nécrobiose, période préalable plus ou moins longue qui peut précéder le sphacèle réalisé. A cette période, qu'il est d'ailleurs le plus souvent impossible d'observer, les symptômes se marquent surtout par une altération de l'état général. Freund (Central. f. Gynäk, 1900) nous en donne une remarquable description : « Chez certaines femmes atteintes depuis longtemps de fibrome, on voit parfois survenir différents symptômes, tels que catarrhe intestinal, céphalalgie frontale, nervosité, hypocondrie, vertiges, insomnies, abattement, palpitations. Le teint devient jaune sale, abdominal ; la langue se recouvre d'un enduit ; il y a des alternatives de diarrhée et de constipation ; les urines sont riches en sédiments ; pas de fièvre. A l'examen, on trouve de l'artério-sclérose ; impulsion cardiaque faible. Dans un cas de ce genre, on trouva une grosse rate et un petit foie ; le corps utérin était rempli de fibromes sensibles à la pression, sans signes de pelvipéritonite ; écoulement blanc abondant, métrorrhagie.

A l'examen post-opératoire, les myomes présentent à la coupe, dans leur centre, des foyers nécrotiques arrondis, de

coloration d'un jaune variable, allant jusqu'au rouge, dégageant une odeur rappelant la propylamine.

» Après l'opération, disparition des symptômes décrits plus haut : il s'agit d'une auto-intoxication, différente de l'infection saproémique ou septique due à la suppuration ou décomposition du myome et s'accompagnant de fièvre, péritonite, écoulement fétide, etc. »

A côté de cet état décrit par Freund, il faut mentionner comme phénomènes subjectifs, accusés par la malade, des douleurs vives, de véritables coliques utérines, d'abondantes métrorrhagies, alternant avec des écoulements vaginaux d'un caractère spécial. Ces écoulements sanguinolents ou aqueux, ressemblant d'après Vautrin « tantôt à l'hydrorrée, tantôt à un suintement lochial intense » seraient dus à un œdème du réseau veineux qui entoure la capsule du fibrome.

A un second degré, quand la gangrène proprement dite est constituée, la symptomatologie ordinaire du fibrome est grandement modifiée. L'évolution des foyers gangréneux se divise en deux périodes : résorption putride et élimination.

Période de résorption. — Cette période, qui prend fin au moment où le foyer gangréneux s'ouvre dans la cavité utérine, est caractérisée par la résorption des éléments putréfiés contenus dans la coque fibromateuse. Elle débute par des troubles de l'état général. « Les phénomènes généraux ou locaux qui annoncent, dit Peau, la suppuration et la gangrène partielle ou locale des fibromyomes, ont une acuité et une gravité considérables. La fièvre devient continue avec exacerbation, le pouls varie de 100 à 140 ; la température oscille entre 38° et 40°, la face s'altère, la langue devient sèche, fuligineuse... » La malade a son attention éveillée par des troubles gastriques, inappétence, vomissements, ballonnement du ventre. La fièvre est de règle et, dans notre obser-

vation, nous la voyons osciller de 38° à 40°. La réunion de ces deux états fébrile et gastrique a vite fait de délabrer complètement l'état général : les malades présentent le facies plombé, terreux, des personnes cancéreuses, et il n'est pas rare d'observer une légère teinte subictérique, marquant une lésion du foie. En même temps, apparaissent des douleurs aiguës, survenant par crises et ressemblant aux douleurs des parturientes. Ces douleurs s'irradient dans le bassin et les lombes et seraient dues non seulement à l'augmentation de volume que subit le fibrome, mais aussi à des contractions expulsatoires (Pollosson, Société de chirurgie de Lyon, 1903).

Cet état persiste parfois fort longtemps, mais le plus souvent, c'est d'une façon rapide que le processus gangréneux altère la muqueuse et permet ainsi l'élimination des produits putrides dans les voies utéro-vaginales.

Période d'élimination. — Tantôt d'une manière insidieuse et pour ainsi dire par degrés, tantôt au contraire avec les allures d'une véritable débâcle, on voit se produire des écoulements sanieux fétides, purulents, entraînant de nombreux détritus sphacélés. La muqueuse, que son altération ait été primitive ou secondaire, n'oppose plus aucune barrière à cet écoulement qui devient continu. Ces écoulements sont constitués par un liquide sanguinolent plus ou moins visqueux, mélangé ou non à des caillots ou à des fibres organisées. Mais ce qui les caractérise et leur donne en quelque sorte une valeur pathognomonique, c'est leur fétidité extrême que l'on trouve signalée dans toutes les observations. Depaul a rapporté un cas dans lequel « ayant pratiqué le toucher d'une femme atteinte de fibrome gangrène, il dut porter ses aliments à sa bouche avec la main gauche, tant sa main droite était pénétrée d'une odeur repoussante ». Ces pertes féti-

des, sanieuses, qui rappellent les pertes du cancer utérin, constituent pour la malade une véritable infirmité et deviennent insupportables pour l'entourage.

Ce drainage, en quelque sorte naturel, tout en entraînant au dehors une grande quantité de produits putrides et par conséquent septiques, ne diminue pas les phénomènes de résorption. Le plus souvent, au contraire, les troubles généraux s'aggravent de plus en plus, les malades perdent l'appétit, s'amaigrissent ; la température persiste et s'élève même.

On a alors un véritable tableau de pyohémie, d'infection putride, et les malades sont emportés par cachexie, à moins qu'une complication n'avance le terme de cette échéance fatale.

L'examen de la malade permet de constater une augmentation brusque du volume des fibromes dans les cas où l'on a pu constater leur volume primitif avant la gangrène. La tumeur, ainsi augmentée de volume, est douloureuse spontanément, douloureuse à la pression ; des irradiations s'étendent à l'abdomen, aux lombes, aux membres inférieurs, traduisant plutôt la réaction péritonéale de voisinage que les lésions mêmes de l'utérus. Quelquefois, au palper, la tumeur est devenue plus molle ; on a pu isoler, dans certains cas, une région du fibrome où la pression du doigt faisait godet. Le toucher est douloureux.

Parmi les complications qui viennent aggraver ce tableau, on a signalé la production d'un phlegmon du ligament large, et une de nos observations en est un remarquable exemple. Mais il peut se faire aussi que le processus gangréneux amène l'évacuation du foyer putride dans les viscères voisins, vessie ou rectum.

Dans tous les cas, l'évolution habituelle de la maladie, c'est la mort par déchéance organique : « les malades s'éteignent avec des phénomènes d'hecticité. »

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

Le tableau symptomatologique que nous venons d'esquisser, nous semble suffisant pour permettre un diagnostic précoce et certain. Les causes d'erreur sont cependant fréquentes et ici encore il nous faut considérer les deux périodes de l'évolution clinique du processus gangréneux.

Dans une première période, alors que le fibrome sous-muqueux non pédiculé, très nettement encapsulé, est atteint seulement d'un point de nécrose, le diagnostic est très difficile. On pourrait même dire qu'il est impossible si l'on ne possède déjà comme indication préalable, l'existence d'un fibrome. Les troubles de l'état général, teint jaunâtre, amaigrissement, céphalée, abattement, etc. ; les perturbations de l'appareil digestif, vomissements, inappétence, alternatives de diarrhée et de constipation, ne sont pas particuliers à la dégénérescence gangréneuse du fibrome. La fièvre, même quand elle est bien marquée, peut être due à tout autre cause. Cependant quand une malade atteinte de fibrome utérin verra son état général s'altérer, les métrorrhagies se faire plus fréquentes ; quand ce tableau clinique sera accompagné de fièvre élevée, le diagnostic s'imposera et on devra penser immédiatement à la gangrène de la tumeur.

A la deuxième période, quand le sphacèle a détruit la capsule fibreuse et que les produits putrides s'éliminent par les

voies utéro-vaginales, le diagnostic est plus facile. Nous avons à notre disposition deux signes cliniques pour ainsi dire pathognomoniques, les pertes fétides entraînant des débris sphacélés, et la fièvre, à exacerbation vespérale, mais oscillant toujours de 38° à 40°. La coexistence de ces deux symptômes permet à elle seule d'affirmer la gangrène du fibrome et ce diagnostic sera d'autant plus ferme que l'on connaîtra déjà l'existence de la tumeur.

A ce moment, on pourrait pourtant hésiter entre la gangrène et la *suppuration du fibrome*, qui ont un tableau clinique assez semblable. La suppuration dépendant surtout de la grossesse et des infections puerpérales, il sera facile de l'écarter. D'ailleurs, les pertes, si elles sont fétides, sont surtout purulentes et n'entraînent pas de débris sphacélés.

Le diagnostic peut être rendu plus difficile si on ignore l'existence du fibrome ou qu'on ne l'ait pas déjà reconnu.

L'épithélioma du corps utérin se rapproche cliniquement beaucoup de la gangrène du fibrome. Certes, les pertes sont moins fétides, la température est moins élevée et n'a pas surtout un type régulier à exacerbation vespérale, mais pour nous renseigner, nous n'avons qu'un moyen précis, l'examen histologique.

L'épithélioma du col nous laissera moins hésitants. Par le toucher, nous pourrons atteindre directement la tumeur et en sentir le bourgeonnement, avec sa consistance particulière. Enfin l'examen direct au spéculum lèvera tous les doutes.

Une rétention fœtale de quelques mois peut être très difficile à distinguer d'un fibrome gangréné sous-muqueux ; on n'y arrivera que par une analyse minutieuse des symptomes d'une grossesse antérieure possible.

La rétention placentaire peut également fausser le diagnostic. Nous aurons bien de la fièvre, un état cachectique, des

pertes fétides avec débris sphacélés, mais nous aurons aussi la notion d'une grossesse antérieure et d'un accouchement plus ou moins éloigné. De plus, pour Depaul, dans les cas de rétention on noie une sensation de mollesse spéciale au placenta et l'écoulement a une odeur particulière.

L'inversion utérine a pu en imposer parfois pour de gros fibromes sous-muqueux faisant saillie au travers du col. Le doute n'est guère possible si l'on pratique un examen minutieux : le palper bimanuel nous renseignera toujours sur la situation exacte de l'utérus.

Enfin on peut avoir une dernière cause d'erreur qu'il suffit de signaler pour l'éviter, c'est la métrite plus ou moins fétide des femmes ménopausées. Dans ces cas, l'utérus a gardé son volume normal où est même diminué.

En résumé, le diagnostic est relativement facile : l'hésitation n'est permise qu'entre la gangrène et une tumeur maligne. Cette erreur possible est de peu d'importance, puisque dans les deux cas, l'indication est la même et que l'intervention doit être aussi hâtive que possible.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC

Le pronostic de la nécrobiose simple est peu grave. On pourrait même dire qu'avec une intervention précoce, il n'est pas plus défavorable que celui du fibrome simple. Mais comme cette dégénérescence a une allure clinique peu bruyante, sa présence peut être méconnue et alors le pronostic s'aggrave du fait que la nécrobiose constitue une amorce à la gangrène.

Dans les cas de gangrène, le pronostic est bien plus sombre. Nous n'avons pu réunir assez d'observations pour donner une statistique personnelle, mais, si l'on s'en rapporte aux chiffres donnés par Picquand, la terminaison favorable est rare.

Les fibromes sous-muqueux non pédiculés, fournissent 46 cas de gangrène, avec 26 morts, soit une mortalité de 56 %.

L'intervention chirurgicale abaisse légèrement cette proportion, mais le pronostic reste toujours sombre. Sur 34 opérations, nous avons 18 morts pour 16 guérisons, soit une mortalité de 53 %.

Abandonnée à elle-même, ou traitée chirurgicalement, la gangrène des fibromes sous-muqueux constitue, on le voit, une redoutable complication. L'inefficacité de l'intervention, qui diminue seulement la mortalité de 3 %, paraît surtout tenir à ce que le diagnostic, ayant été tardif, les malades se

trouvent dans un état de déchéance physique peu favorable au succès. A quoi doit-on, en effet, attribuer la mort ? Il semble que c'est une véritable pyohémie qui vient terminer le drame.

« La sanie corrosive qui vient ainsi en contact avec les parois de la matrice, cause une inflammation parenchymateuse à la suite de laquelle on observe souvent dans les vaisseaux de cet organe l'état particulier que l'on désigne sous le nom de phlébite utérine, et enfin des accidents pyohémiques avec terminaison léthale. Lorsqu'il s'agit d'opérer ces malades, on arrive quelquefois torp tard et l'opérée succombe alors, non aux suites de l'opération, mais à son empoisonnement progressif. »

Si dans quelques rares cas, la terminaison favorable a pu se produire par élimination spontanée, on ne doit pas perdre de vue que le pronostic est presque fatal. Un diagnostic précis et surtout précoce peut cependant, grâce aux progrès de la technique chirurgicale, permettre d'abaisser le taux de la mortalité. Dans tous les cas, comme le fait remarquer Delbet, le pronostic est infiniment plus grave quand la gangrène survient à la suite de manœuvres faites sur l'utérus que lorsqu'elle se développe spontanément, sans doute parce que, dans ce dernier cas, la tumeur a déjà perdu ses connexions avec l'organisme.

———————

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans les quelques observations que nous rapportons, l'examen histologique a été fait une fois seulement et encore les lésions de dégénérescence gangréneuse étaient-elles masquées par un sarcome. Aussi serons-nous brève dans ce chapitre, nous en rapportant à ce qui a été écrit par les classiques qui étudient à part la nécrobiose et le sphacèle.

1° *Nécrobiose simple.* — Au point de vue histologique, la première modification que l'on constate, c'est la substitution du tissu fibreux au tissu musculaire : les éléments musculaires s'atrophient, leur noyau diminue de volume et se colore mal : les vaisseaux existent encore, mais peu nombreux, rétrécis, montrant que la nutrition de la tumeur est notablement diminuée.

A un stade plus avancé, ou à une dégénérescence complète de tous les éléments anatomiques, les fibres musculaires, les cellules ont disparu ou ne se colorent plus ; le tissu nécrosé a l'aspect d'une masse grisâtre vaguement ondulée dans laquelle on ne peut déceler la présence d'aucun élément vivant ; les vaisseaux sont peu nombreux, réduits à des sortes de lacunes.

Ce qui caractérise la nécrobiose, c'est la dégénérescence sans désagrégation des éléments histologiques.

2° *Gangrène septique.* — Ce qui caractérise au contraire la gangrène vraie, c'est la tendance à la destruction et à la désagrégation de tous les éléments vivants. On a alors affaire à une masse molle putrilagineuse, qui s'effondre sous le doigt en formant une bouillie infecte. En raison de la destruction complète des tissus, l'examen histologique fournit assez peu de renseignements.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Pour la gangrène d'un fibrome sous-muqueux non pédiculé, l'indication est nette et formelle : il faut intervenir sitôt le diagnostic posé. La gravité du tableau symptomatique et l'évolution fatale de la lésion, suffisent à tracer au chirurgien sa ligne de conduite : il doit débarrasser l'organisme de ce foyer putride.

Quelques auteurs, comptant sur l'élimination spontanée des tissus sphacélés, ont préféré laissé agir la nature, mais ils n'ont pas eu à s'en louer. Sur 21 cas, dans lesquels l'opération n'a pas été tentée, on n'a obtenu que 4 guérisons, soit une mortalité de 80 %.

L'intervention est donc tout indiquée : il faut faire l'hystérectomie.

L'enlèvement de la tumeur par morcellement est condamné par quelques auteurs, comme ayant un effet déplorable, puisque, d'après leurs statistiques, sur 10 cas on note 8 morts, soit encore une mortalité de 80 pour 100.

Sans être aussi exclusif, avec notre maître le professeur Tédenat, nous trouvons indiquée l'excision de la tumeur au ciseau, toutes les fois que cette dernière, sans être proprement dite pédiculée, fait relief du côté de la cavité utérine, toutes les fois qu'elle n'est pas ramollie en toute sa masse et qu'on prévoit par l'exploration manuelle la possibilité de

l'enlèvement de toute la tumeur et surtout de tout le foyer gangréné. Tels ont été les cas dans les observations I, III et V, rapportées par M. le professeur Tédenat, telles ont été aussi les conduites tenues. En donnant une place à l'enlèvement par morcellement ou excision simple dans la thérapeutique des myo-fibromes sous-muqueux, nous sommes d'accord avec la majorité des auteurs, que c'est l'hystérectomie qui trouve le plus souvent son indication. Mais quelle voie doit-on suivre pour faire cette hystérectomie ?

Quand on a une tumeur sphacélée prise au début, alors que le foyer putride est nettement cantonné par une capsule fibreuse intacte, on peut indifféremment employer la voie vaginale, si la tumeur est petite, ou la voie abdominale. Dans ce dernier cas, il faudra avoir soin de ne pas ouvrir la cavité septique et l'opération ainsi menée n'a pas un pronostic plus sombre que pour un fibrome simple.

Si, au contraire, le fibrome gangréné communique avec la cavité utérine, ce qui est le cas le plus fréquent, l'opération devient plus difficile et plus grave du fait de la contamination possible du péritoine.

Pour éviter cette redoutable complication ou tout au moins pour limiter l'infection au péritoine pelvien, quelques chirurgiens ont employé la voie vaginale. Cette technique est peu recommandable, car le plus souvent, le fibrome gangréné a déjà contracté des adhérences difficiles que l'on ne peut rompre sans dangers et sans difficultés. De plus, les hémorragies sont fréquentes et peu commodes parfois à arrêter.

A l'heure actuelle, les chirurgiens emploient de préférence la voie abdominale, qui donne plus de jour, permet de libérer toutes les adhérences et de faire une hémostase parfaite. Le pronostic est plus sombre, puisque le foyer septique ouvert peut infecter la cavité péritonéale : cependant les progrès de la technique opératoire dans ces dernières années ont per-

mis d'abaisser le taux de mortalité à 31 %. Les risques d'infection du péritoine sont d'ailleurs bien réduits par une antisepsie préalable. La cavité utéro-vaginale sera largement désinfectée pendant les jours qui précèdent l'opération. On fera d'abondantes injections intra-utérines, avec les antiseptiques courants, mais de préférence avec l'eau oxygénée qui a une action élective en quelque sorte pour les anaérobies que nous avons vu être les agents principaux de la gangrène.

L'emploi systématique d'un curettage préalable a toujours eu des effets désastreux ; il constitue une pratique dangereuse au plus haut point et qu'on doit impitoyablement proscrire. Non seulement il est incomplet et ne peut enlever en totalité le foyer gangréneux, mais « en ouvrant les nombreux vaisseaux lymphatiques et sanguins, il provoque presque immédiatement l'apparition d'accidents septicémiques redoutables ».

L'hystérectomie abdominale sera-t-elle totale ou sub-totale ? L'hystérectomie subtotale paraît insuffisante et peut même présenter certains dangers du fait que la section cervicale ouvre la cavité utérine, véritable poche septique.

On doit donc lui préférer l'hystérectomie totale, qui offre le maximum de sécurité et qui, dans ces dernières années, a donné seulement 4 morts sur 33 interventions. D'ailleurs, le fait de ne pas infecter le péritoine, avec les produits septiques de la cavité utéro-vaginale, reste la préoccupation constante des chirurgiens, qui cherchent à oblitérer au préalable les ouvertures du col et du vagin. Nous allons indiquer la modification apportée par Rochard (Société de chirurgie, 20 juillet 1904), ce qu'il appelle « l'ablation de l'utérus en vase clos ».

Après laparotomie, section des deux ligaments larges et des utérines entre deux pinces, on sectionne le péritoine sur la face antérieure de l'utérus et on décolle la vessie aussi

bas que possible, afin de pouvoir sectionner le vagin au-dessous du col.

« Sectionner ensuite le péritoine sur la face postérieure de l'utérus, le décoller, couper les ligaments utéro-sacrés, qui empêchent l'ascension de l'utérus et libérer le vagin comme on l'a libéré en avant. Sur les côtés, il faut dégager complètement le dôme vaginal en ayant bien soin d'écarter les uretères, et cela fait, saisissant entre le pouce et les doigts de la main gauche la partie supérieure du vagin, à travers laquelle on sent le col utérin, placer, au ras du col, deux pinces coudées en L, l'une à droite, l'autre à gauche, qui, se rejoignant sur le milieu, bouchent complètement toute communication de l'utérus avec l'extérieur. Deux autres pinces semblables sont placées, un centimètre plus bas, parallèlement aux premières ; elles oblitèrent complètement le conduit vaginal.

» Section du vagin entre les deux rangées de pinces ; l'utérus est enlevé en vase clos, avec le dôme vaginal, sans la moindre contamination du petit bassin. »

On ferme la tranche vaginale par un surjet au catgut et on termine l'opération en drainant par l'abdomen.

Cette méthode ne constitue d'ailleurs qu'une modification pratique d'un procédé décrit par Carle (de Turin), en 1894, et par Goullioud (de Lyon), en 1896 (Congrès français de chirurgie). Seulement Goullioud ne suturait pas le vagin et drainait par ce conduit l'espace laissé libre entre le péritoine pelvien refait et la section vaginale.

La modification apportée par Rochard est très ingénieuse : son application peut être parfois délicate, mais elle a donné un excellent résultat que nous avons cru devoir rapporter.

Son emploi n'est d'ailleurs pas indispensable, et le plus souvent on évitera l'infection du péritoine en garnissant le

petit bassin d'un bon champ opératoire et en gardant l'ouverture du vagin comme le dernier temps de l'opération.

Dans tous les cas, après hystérectomie pour gangrène d'un fibrome, il faudra toujours drainer par la voie abdominale.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Professeur Tédenat)

Myome gangréné du fond de l'utérus, faisant saillie à l'orifice externe du col. Excision. Guérison

Louise N..., âgé de 42 ans. Réglée à 13 ans. Deux accouchements sans incidents à 24 et 27 ans. Les règles régulières sont assez abondantes pendant trois ou quatre jours, sans douleurs, sans leucorrhée. Depuis l'âge de 31 ans, elles durent sept ou huit jours, plus abondantes avec quelques caillots, sans douleurs. L'état général restant excellent, Louise N... ne s'en est pas préoccupée.

Depuis dix jours, pesanteurs abdomino-pelviennes avec ballonnement notable et progressif du ventre, pertes d'abord aqueuses puis séro-sanguinolentes et fétides. Anorexie, bouche mauvaise. Le docteur Bermont appelé, il y a 3 jours, constate de la fièvre (pouls à 120, température 38°9) et une tumeur molasse, faisant à l'orifice externe qui l'encadre une saillie du volume du poing. Le corps utérin paraît notablement augmenté de volume, mais le ballonnement notable du ventre, un peu douloureux à la pression, rend l'exploration difficile et incomplète. Il pratique une injection vaginale avec une solution de sulfate de cuivre à 3 pour 1.000 et appelle M. Tédenat (3 mai 1895).

L'examen combiné montre : col entr'ouvert, tuméfié, encadrant et comprimant une tumeur du volume du poing, molle. Le corps dépasse la symphyse pubienne de cinq ou six travers de doigts. Malgré les injections faites, la perte séro-sanguinolente est d'une fétidité gangréneuse. Le pouls varie de 100 à 120, la température oscillant entre 38°5 et 39°5. Après un lavage soigné du vagin avec une solution de lysol à 2%, deux valves appliquées laissent voir la tumeur arrondie d'un rouge violacé avec plaques jaunes, grises, molles. Les lèvres de l'orifice externe sont épaisses. Le diagnostic s'impose : inflammation gangréneuse d'un myome intra-utérin. Il y a urgence à débarrasser la malade. Deux pinces saisissent le col et l'attirent sans violence, une main à plat refoulant en bas le fond de l'utérus. Le col est rapidement dilaté, l'index glissé, non sans quelque effort, entre le col et la tumeur sent son insertion large remonter vers le fond. Des ciseaux courbes sectionnent, en trois coups, le pédicule au voisinage de son insertion sur le fond de l'utérus. La tumeur du poids de 185 grammes étant enlevée, le doigt explore aisément la cavité utérine large, régulière, sans saillie myomateuse. Il reste au fond de l'utérus un moignon épais de trois centimètres, haut de deux centimètres. Ce moignon, après irrigation au moyen de la pince irrigatrice de Reverdin, est curetté jusqu'à nivellement. Badigeonnage de la cavité utérine avec glycérine iodée. Gros drain de caoutchouc poussé jusqu'au fond de l'utérus et flanqué d'une mèche de gaze iodoformée ; gaze iodoformée dans le vagin.

Matin et soir, pendant trois jours, irrigation de l'utérus par le drain avec une solution iodo-iodurée à 3 pour 1.000. Alors drain et gaze sont expulsés par le retrait de l'utérus et M. Bermont se contente d'une irrigation quotidienne de la cavité utérine au moyen de l'instrument de Reverdin.

Dès le lendemain de l'opération, faite sans anesthésie et

presque sans douleur, la température était normale ; les douleurs, le ballonnement du ventre avaient disparu au bout de deux jours. Guérison parfaite le 10 mai, c'est-à-dire en sept jours.

Observation II

(Professeur Tédenat)

Epithélioma scléro-atrophique du col utérin. — Accidents infectieux liés à un fibrome gangréné. Hystérectomie abdominale. Guérison avec survie de 18 mois.

Noémie J..., 45 ans, de bonne santé habituelle. Réglée à 12 ans. Mariée à 24 ans, a eu trois accouchements normaux à 26, 28 et 33 ans. Depuis l'âge de 35 ans, sans douleurs, sans leucorrhée, les règles duraient 5 ou 6 jours, au lieu de 3 ou 4, très abondantes avec caillots. Depuis un an, pertes rouges fréquentes dans l'intervalle des règles, un peu fétides depuis trois mois.

La malade est adressée à M. Tédenat, le 3 mai 1902, par le docteur Raynaud. Santé générale bonne. Utérus un peu gros, mobile ; les deux lèvres sont bosselées, rhagadées, d'une dureté ligneuse. Ce qui l'a déterminée à se rendre à Montpellier, ce sont des douleurs avec léger ballonnement du ventre, de l'anorexie, un mouvement fébrile qui depuis trois mois oscille entre 39° et 39°5. Les pertes sanieuses sont devenues très fétides ; depuis 5 jours, début des accidents infectieux. La rigidité du roc empêche l'exploration digitale de la cavité utérine. M. Tédenat croit à l'existence d'une nécrose du myome à cause du volume sensiblement augmenté de l'utérus, des hémorragies menstruelles, des pertes fétides. Le 6 mai, après asepsie du vagin, purgatif. Il pratique, par voie abdominale, l'amputation totale de l'utérus et des annexes. Quelques ganglions sont enlevés. L'opération a été rendue facile par la mobilité de l'utérus et des annexes et aussi par la

maigreur relative de la malade. Guérison sans accidents. La malade quitte l'hôpital le 7 juin. Elle mourut 18 mois après, probablement de récidive intra-pelvienne et avec des phénomènes d'urémie lente.

L'examen des pièces montre : utérus long de 12 centimètres avec quelques légères bosselures myomateuses à sa face postérieure. Toute la partie sous-isthmale est transformée en un tissu scléreux, dur, grisâtre, fragile. La muqueuse est fissurée, mamelonnée. Au fond de l'utérus est une masse pulpeuse, grise et rouge, suivant les points. C'est un myome du volume d'un gros œuf, dont la moitié est incluse dans la paroi fondale. Sur la coupe, on voit cinq abcès du volume d'un grain de maïs. La partie profonde a seule gardé l'aspect d'un tissu myomateux rouge avec points hémorragiques ; le reste est gris, jaune, pulpeux.

Observation III

(Professeur Tédenat)

Myome utérin atteignant l'ombilic. Grossesse. Accouchement à terme facile. Gangrène du myome. Excision, curettage. Drainage de la cavité utérine. Guérison sans accidents.

Mme Tim..., 26 ans, de Lézignan, de bonne constitution, réglée depuis l'âge de 12 ans régulièrement. Mariée à 23 ans.

Depuis deux ans, les règles durent 4 ou 5 jours, très abondantes, avec caillots, sans douleurs, sans pertes blanches.

Sans aucun malaise, les règles manquent en décembre 1904 et janvier 1905, le ventre grossit rapidement. Petit suintement sanguin du 2 au 5 février. Abdomen sensiblement distendu. Le docteur Fabre trouve l'utérus gros, bosselé, diagnostique un fibrome et adresse la malade à M. Tédenat (10 février 1905).

10 février. — M. Tédenat trouve l'utérus bosselé et de consistance molle, les lèvres du col sont tuméfiées, un peu molles. Ces caractères de mollesse du col et du corps, l'augmentation rapide de volume, l'absence des règles en décembre et janvier lui paraissent légitimer le diagnostic. Grossesse de deux mois et demi dans un utérus myomateux. Il conseille d'attendre l'évolution de la grossesse. Elle se passe sans incidents et l'accouchement a lieu à peu près normal le 10 août 1905. Après l'expulsion de l'enfant gros et bien portant et du placenta, qui a lieu avec une légère hémorragie, une masse myomateuse du volume des deux poings fait saillie hors du col. Elle est excisée par les docteurs Fabre et Augé. Irrigations vaginales chaudes. L'utérus reste gros, saignant ; les pertes deviennent fétides, il y a de la fièvre (entre 38°5 et 40°). Ces accidents persistant, M. Tédenat est appelé au 8e jour.

Le 19 août il trouve l'utérus remontant au voisinage de l'ombilic. Pertes aqueuses, fétides, avec des débris sphacéliques ; fièvre, ventre ballonné. Col ouvert encadrant une masse molle, grisâtre. L'exploration combinée permet de constater l'existence d'une masse myomateuse s'insérant au haut de la face postérieure de l'utérus.

Des pinces amarrant le col, le docteur Augé repoussant le corps utérin vers le bas, M. Tédenat excise à grands coups de ciseaux de gros blocs de tissu sphacélique. Il arrive peu à peu à exciser jusqu'à l'insertion. Irrigation chaude abondante de la cavité utérine avec une solution de lysol à 2 %. L'utérus se rétracte rapidement et l'hémorragie est peu abondante. La cavité utérine est badigeonnée avec de la glycérine iodée 1/50, un gros drain y est introduit qui servira à des irrigations matin et soir. Gaze iodoformée dans le vagin.

La température était normale dès le deuxième jour : le drain était expulsé le cinquième. Guérison parfaite au douzième jour. En décembre 1905, le corps utérin avait la forme

et les dimensions d'un utérus normal. Rien du côté des annexes.

Observation IV

(Recueillie par M. E. Gaujoux, interne du service de M. le Professeur Tédenat)

Cancer du col. Myome sphacélé du fond de l'utérus. Hystérectomie abdominale totale. Mort rapide au dixième jour par obstruction probable des vaisseaux mésentériques.

Césarine E..., 59 ans, entre le 20 février 1906 dans le service du professeur Tédenat.

Bonne santé habituelle ; réglée à 13 ans, régulièrement, abondamment pendant 5 à 8 jours, sans douleurs, sans pertes blanches. Il y a 4 ans, les règles ont manqué pendant 5 mois. Elles sont revenues et furent régulières. Mariée à 17 ans ; deux enfants bien portants.

La maladie actuelle remonte à deux ans : pertes irrégulières lie de vin. Un curettage, pratiqué il y a six mois, n'a rien changé. Depuis 15 jours, pertes séro-sanguinolentes très fétides, affaissement des forces, anorexie, état fébrile, douleurs lombo-abdominales avec léger ballonnement du ventre. Constipation rebelle. Urine 7 à 800 grammes.

Examen local. — Le fond de l'utérus, assez mobile, dépasse de quatre travers de doigt la symphyse du pubis. Col gros, court, dur, avec des bourgeons d'une dureté ligneuse dans sa cavité.

L'état général n'est pas bon, fièvre, inappétence. La malade est préparée par des injections vaginales et des lavements à garder qui font monter de 800 grammes à 1.500 grammes le taux de l'urine et à 10 grammes le taux de l'urée.

1er mars. — Hystérectomie totale large avec dissection des uretères par voie abdominale. Opération rapide, facile, sans accidents.

Examen des pièces. — Utérus bosselé par fibromatose à nodules multiples en voie de régression. Sa paroi a une épaisseur qui varie de 2 à 4 centimètres, selon les points.

Au fond de la cavité, incrusté dans la paroi, un bloc du volume d'une mandarine jaune verdâtre, saillant de deux centimètres dans la cavité utérine. C'est un magma de nécrose.

La cavité cervicale, dans sa moitié inférieure, porte des verrucosités grises ou rouges très dures, séparées par des fissures. Epithélioma scléreux de la muqueuse pénétrant à moitié de l'épaisseur de la paroi.

Suites opératoires. — Tout va très bien jusqu'au 10 mars : facies bon ; pouls entre 80 et 90, température entre 37°5 et 38°2.

Un lavement donné le 5 mars produit deux selles abondantes.

10 mars. — Douleurs abdominales violentes. Pansement changé, ligne de suture parfaite. Deux heures après le pansement, syncope d'où on tire la malade par injection d'huile camphrée. Trois heures après, nouvelle syncope et mort.

Il s'écoule au moment de la mort, par l'anus, une grande quantité de sang noir, caillebotté très fétide. Cette hémorragie intestinale mortelle, précédée de quelques heures par de violentes coliques, est probablement due à une obstruction thrombo-phlébite ou embolie des vaisseaux mésentériques supérieurs. Tout était bien du côté du foyer opératoire.

Observation V

Gangrène des myomes sous-muqueux du fond de l'utérus chez une femme de 53 ans, *ménopausée* depuis 4 ans. Accidents infectieux; excision du myome *sessile* ; curettage. Guérison.

Une femme de 53 ans, de constitution robuste, entre le 3 novembre 1905, n° 4 de la salle Desault, avec fièvre, soif ardente, ventre légèrement ballonné, pertes abondantes et fétides. On fait des irrigations du vagin pendant 2 jours ; la température reste entre 39° et 39°5, le pouls de 100 à 120.

M. Tédenat pratique l'exploration et constate à travers le col *entr'ouvert* une masse arrondie et molle. La malade nous dit que depuis une vingtaine d'années ses règles, ordinairement très régulières, tous les 5 à 6 jours, abondantes avec caillots, sont supprimées depuis 4 ans, mais que de temps en temps elle a des pertes aqueuses.

Séance tenante, M. Tédenat fixe le col avec des pinces à 4 griffes, fait la dilatation rapide, qui est facile, saisit le myome avec des pinces de Museux et, s'étant assuré de son insertion, l'excise avec les ciseaux. Curettage de la cavité utérine, faite avec un soin spécial au niveau de l'insertion du myome. Badigeonnage avec glycérine iodée, à parties égales, précédé et suivi d'irrigations abondantes. Gros tube en caoutchouc dans la cavité utérine, entouré de gaze iodoformée dont le vagin est mollement bourré. Le soir même la température est normale et le drain a été expulsé 2 jours après ; la cavité utérine fut encore irriguée tous les deux jours pendant une semaine et la malade est sortie guérie 10 jours après l'opération.

Observation VI

Transformation sarcomateuse d'un fibro-myome. Sphacèle. Phlegmon du ligament large. (Fuster. — *Société des Sciences médicales* de Montpellier. 10 juin 190.).

T. M..., 37 ans, rue de Metz, 4, Montpellier, entrée le 16 mai pour douleurs de ventre.

Antécédents. — Quatre enfants morts : le premier à 4 mois ; le deuxième, fausse couche à 5 mois et demi ; le troisième, né avant terme (7 mois), mort le 8e jour ; le quatrième, fausse couche de 4 mois.

Pas de maladie antérieure. Réglée à l'âge de 16 ans, durée cinq à six jours ; pas de caillots, pas de pertes blanches, pas de douleurs.

Maladie actuelle. — Début brusque, il y a deux jours, par une douleur dans le ventre et dans les reins ; la malade est obligée de quitter son travail et de se coucher ; nausées suivies de vomissements.

La malade prend un purgatif après lequel elle se trouve mieux.

Les dernières règles ont eu lieu il y a 15 jours ; elles ont duré cinq jours, abondantes et contenant des caillots.

Examen. — La malade a le teint jaunâtre ; les lèvres décolorées : c'est un facies d'infectée.

Par le palper, on sent dans la région sus-pubienne et remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, une tumeur dure, peu mobile. Les mouvements imprimés à cette masse par la main abdominale sont transmis au doigt qui touche le col : il s'agit donc bien d'une tumeur utérine. Le col est ouvert présentant une dilatation de cinq centimètres environ. Le doigt pénètre dans le canal cervical, touche une

masse molle, paraissant implantée sur le côté gauche de l'utérus. Le vagin dégage une odeur ressemblant tout à fait à celle de l'épithélioma, mais rappelant aussi celle des tissus sphacélés. On pense à un fibrome ayant subi la transformation maligne, soit à un fibro-sarcome.

21 mai. — L'infirmière déclare avoir retiré des « peaux » qui sortaient de l'anus de la malade. Par un examen attentif, on constate que ces « peaux » sont semblables à des membranes sphacélées qui sont expulsées de l'utérus. Il s'agit d'un fibrome sous-muqueux s'éliminant par le canal cervical. La malade a des vomissements porracés.

1er juin. — Etat général mauvais, diarrhée, température 38°3 le matin, le soir 39° à 40°. Elimination de parties sphacélées à odeur fétide. Anesthésie au chlorure d'éthyle.

Le doigt pénètre facilement dans l'utérus à travers le col très dilaté, mais est arrêté au niveau de l'isthme par un anneau fibreux très résistant. On sent que toute la paroi postérieure de l'utérus est infiltrée par des masses fongueuses : la cavité utérine mesure 9 centimètres.

Curettage, badigeonnage à la teinture d'iode, mèche iodoformée intra-utérine et vaginale. On a de plus en plus l'impression d'une infiltration épithéliomateuse de l'utérus.

La malade meurt dans la soirée dans le collapsus et l'hypothermie.

2 juin. — M. le professeur agrégé de Rouville me prie d'enlever l'utérus afin de constater l'état des lésions. A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule des flots de pus. Tous les organes du petit bassin sont plongés dans un liquide séro-purulent clair. Le péritoine pariétal n'est pas épaissi, après avoir épongé le pus contenu dans la cavité pelvienne, on voit l'utérus fortement augmenté de volume et quand on essaye de le mobiliser, on constate qu'il est fixé en arrière et sur les côtés. En déchirant les adhérences postérieures, on ou-

vre de nouvelles poches purulentes. Les trompes sont fortement épaissies, agglutinées avec les ovaires, formant de chaque côté de l'utérus des masses bosselées et adhérentes avec les organes voisins. Du côté droit, l'utérus est pris dans une grande inflammation tubo-ovarienne : l'appendice est libre. Du côté gauche, on retrouve le même processus d'inflammation et de plus l'ovaire présente de la dégénérescence kystique. En quelques coups de ciseaux, on enlève l'utérus avec ses annexes.

Examen macroscopique. — L'utérus a le volume du poing. Il est uniformément arrondi et de consistance ferme. La trompe droite, tortueuse, enveloppée de tissus inflammatoires, constitue, avec l'ovaire et l'uretère, une masse plus ou moins informe. La trompe gauche présente aussi de la salpingite. avec périsalpingite et adhérences avec l'ovaire en dégénérescence micro-kystique.

L'utérus ouvert par une incision portant sur sa face antérieure paraît uniformément hypertrophié dans tous ses éléments. Dans le fond et un peu à droite, on voit une tumeur bourgeonnante, de consistance ferme, malgré un certain nombre de points sphacélés qui émettent une odeur *sui generis*.

Le tiers inférieur et le col ne présentent rien de particulier. Notons qu'ils ont été fortement curettés la veille.

Examen microscopique. — La pièce, préparée par les soins de M. Edouard Bosc, a été examinée par M. le professeur Bosc qui nous a communiqué ce qui suit.

Il s'agit d'un fibro-myome fortement vasculaire avec dilatation et thrombose des artères par places. Il en résulte des territoires nécrosés d'autant plus étendus que les vaisseaux thrombosés sont plus volumineux et plus nombreux.

En un point de la préparation, situé dans le tissu musculo-conjonctif, existe un noyau de transformation sarcomateuse. Il est constitué par des cellules fusiformes à gros noyau

fortement coloré, orientées d'une façon encore indistincte autour des vaisseaux de nouvelle formation. Parmi ces cellules fusiformes, on en trouve un assez grand nombre qui sont ovalaires avec un noyau particulièrement riche en chromatine ; il y en a d'autres irrégulièrement arrondis, à protoplasma fortement éosinophile et à noyau excentrique ; c'est dire que ces derniers revêtent le type de plasma-zellen. Il existe encore quelques cellules volumineuses renfermant un noyau en bourgeonnement.

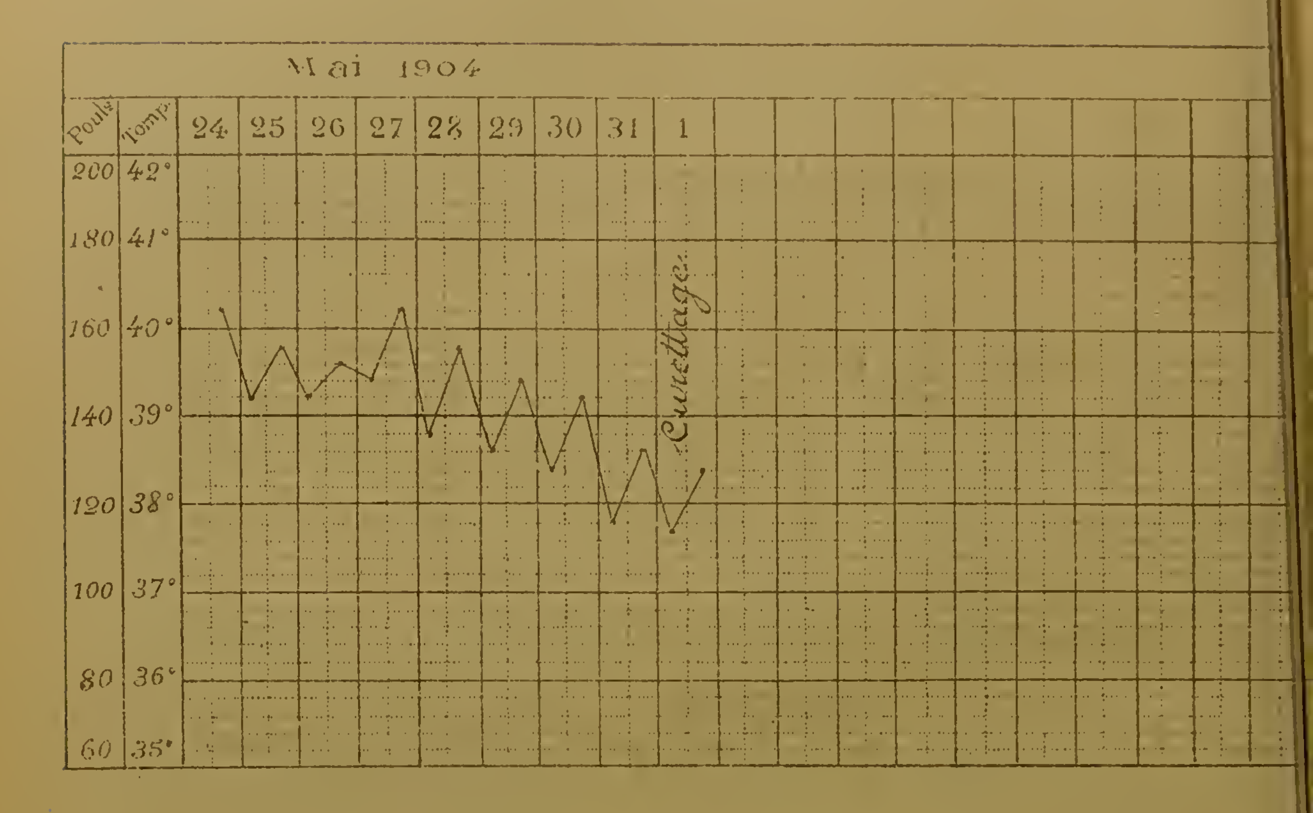
Il est difficile, sans en faire une étude approfondie, de trouver la transition entre les cellules conjonctives et musculaires constitutives du fibro-myôme. Dans les points où la muqueuse est conservée, les glandes sont dilatées avec destruction partielle ou totale de leurs éléments cellulaires. Le tissu intermédiaire présente une prolifération considérable avec infiltration de plasma-zellen et de leucocytes mononucléaires sans que l'on puisse penser à une transformation sarcomateuse proprement dite.

Cette observation est particulièrement intéressante sur plusieurs points.

Lorsque nous examinons la malade, le lendemain de son entrée à l'hôpital, nous fûmes frappé par cette odeur sphacélique semblable à celle correspondant à l'épithélioma utérin. Cependant il y avait une différence très sensible. Par la palpation on sentait nettement une masse dure, profonde, s'étendant en surface dans le petit bassin et remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Par le toucher, on sentait le col entr'ouvert et par l'exploration combinée, on constatait que l'utérus augmenté de volume était pour ainsi dire enchâssé dans la tumeur du petit bassin. Le doigt vaginal explorateur n'était pas recouvert de sang.

Le toucher rectal permettait de vérifier les constatations faites précédemment.

Notons de plus que la malade présenta de la fièvre assez forte.



La courbe thermique ne porte que des indications datant du 24 et l'on voit qu'à ce moment la température oscillait entre 40° le soir et 39° le matin.

Le diagnostic porté fut : sphacèle d'un myome et phlegmon du ligament large par lymphangite. La malade se cachectisant très rapidement, on pensa qu'il y avait dans la tumeur utérine quelque élément néoplasique malin et M. le professeur-agrégé de Rouville décida de faire une hystérectomie abdominale. Comme temps préparatoire il fit un large curettage pour assurer autant que possible l'asepsie de l'utérus. La malade mourait dans la soirée.

Elle a succombé à une péritonite suraiguë due à la rupture du phlegmon du ligament large dans le péritoine.

Que le curettage ait précipité cette terminaison, il n'y a

pas lieu de le discuter, mais il faut faire valoir que cette évolution était fatale, vu l'état général de la malade, arrivée déjà au terme ultime de la cachexie.

Le début brusque de la douleur semble justifier l'hypothèse de l'étranglement de la tumeur et cela par une contracture du tissu utérin au niveau de l'isthme. A l'appui de cette façon de penser, nous ferons remarquer que lors du curettage, M. le professeur-agrégé de Rouville fut arrêté par un « anneau fibreux très résistant » et au moment de l'autopsie nous avons, en effet, constaté que le tiers supérieur de l'utérus n'était pas atteint par la curette.

Il est probable que le phlegmon du ligament large est consécutif à une infection partie de la tumeur sphacélée et suivant la voie lymphatique.

Les adhérences constatées à l'autopsie et les poches purulentes trouvées dans le petit bassin, auraient rendu une hystérectomie sinon impossible, du moins extrêmement difficile et, par conséquent, à pronostic fatal.

Au point de vue anatomo-pathologique, il est intéressant de noter que la dégénérescence maligne s'est faite non au niveau de la muqueuse et des parties superficielles de la tumeur, mais en plein tissu utérin atteint de fibromyome.

Observation VII

Fibrome utérin sous-muqueux ; gangrène. Extirpation de l'utérus en vase clos à l'aide de pince en L. Guérison. (Rochard. — *Société de Chirurgie*, 20 juillet 1904).

Mme M..., âgée de 60 ans, entre dans mon service, présentant de sérieuses métrorrhagies. Elle a eu deux enfants et n'a plus ses règles depuis l'âge de 55 ans. Il y a un an, sans trouble fonctionnel aucun, elle a vu son ventre augmenter de volu-

me et s'est aperçue de la présence d'une grosseur siégeant principalement du côté gauche.

Vers la fin d'avril 1904, apparaissent pour la première fois des pertes sanguines qui augmentent et la décident à entrer à l'hôpital Tenon le 30 mai.

L'état général est assez bon, quoiqu'elle ait maigri et qu'elle soit fatiguée par ses métrorrhagies. A peine couchée, salle Richard-Wallace, un état fébrile se déclare, si bien que le lendemain de son entrée à l'hôpital, le thermomètre marque 39°.

A l'examen, on constate un volumineux fibrome dépassant l'ombilic, assez mobile, sans annexite concomitante. Il existe par le vagin un écoulement d'un liquide sanieux, sanguinolent, d'odeur absolument putride. Au spéculum, on constate dans l'utérus la présence d'un fibrome sphacélé.

Malgré des pansements répétés et un nettoyage aussi bien fait que possible de la cavité utérine, les phénomènes infectieux s'accentuent et la température s'étant élevée à 40°, je décide d'intervenir. Opération le 3 juin 1904 à l'aide des pinces en L ; mais je n'ai que deux pinces à ma disposition. Je les applique donc sur le vagin, au-dessous du col et estimant que pendant les manœuvres opératoires le fibrome exprimé par les pressions, a dû laisser s'écouler une grande quantité de produits septiques dans le vagin, je garnis le petit bassin de compresses stérilisées, et d'un coup de bistouri rapide j'enlève l'utérus en sectionnant le vagin au-dessus des pinces, qui continuent à obturer le conduit vaginal. Suture du vagin au catgut. Mais je m'aperçois que la vessie, pendant les manœuvres de décollement, a été légèrement blessée, je pratique sur la plaie vésicale trois rangées de suture au catgut. Hémostase des utérines, des utéro-ovariennes ; péritonisation. Fermeture de l'abdomen et drainage du petit bassin. Une sonde à demeure est placée dans la vessie.

Les suites opératoires furent régulières pendant les deux

premiers jours, le troisième jour la température commença à monter et à arriver à 38°. La sonde à demeure étant mal tolérée avait donné de la cystite à la malade, et le septième jour il se fit un petit écoulement d'urine par le drain. Le trajet du drain s'infecta et il y eut même un peu d'œdème des membres inférieurs, œdème passager du reste. Enfin, petit à petit la fistule se ferma et la malade sortit de l'hôpital complètement guérie.

CONCLUSIONS

1° Tous les fibromes utérins non pédiculés sont capables de se gangréner, mais le processus dégénératif porte de préférence sur le fibro-myome sous-muqueux ;

2° Les fibromes sous-muqueux sont exposés aux deux variétés de gangrène : la nécrobiose et la gangrène. La première dépend uniquement de troubles vasculaires et nutritifs, tandis que la seconde est réalisée par une infection surajoutée, dont les agents sont des saprogènes, et en particulier des anaérobies ;

3° La clinique de cette dégénérescence gangréneuse est assez nette, caractérisée par des écoulements fétides et une température élevée ;

4° La gangrène est une complication redoutable qui, abandonnée à elle-même, donne 80 pour 100 de mortalité ;

5° Le diagnostic est en général facile, mais doit être fait de bonne heure pour permettre une intervention rapide ;

6° Le traitement de choix est l'hystérectomie abdominale totale, faite aussi soigneusement que possible pour éviter l'infection du péritoine. Dans quelques cas, l'enlèvement de la tumeur par morcellement ou son excision simple se trouvent indiquées.

BIBLIOGRAPHIE

AGOSTINI. — Sphacèle des fibromes utérins, Montpellier-Médical, 1885, p. 397.

BAER. — New-York. Philadelphia, 1885

BALADE. — Gangrène des myomes utérins. Thèse Paris, 1875.

BÉRARD — Bulletin Société de Chirurgie de Lyon, 1903.

BERNAY. — American Journal of Obstetric. New-York, 1895.

BIRD. — Med. chirurg. Journal. London, 1816.

BISCH. — Gangrène des fibro-myomes non pédiculés. Thèse Paris, 1901.

BOUSQUET. — Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie. Paris, 1898.

CHADWICK. — Boston Medical Journal, 1897.

CRUVELHIER. — Anat. pathol. générale, t. III, p. 656.

COCKLE. — Medical Times, 1863.

CULLINGWORTH. — Transact of Obstetric Society, 1894.

COURTY. — Traité des maladies de l'utérus.

DAMAS. — Complications infectieuses des fibromes. Thèse Lyon, 1895.

DELBET-LE DENTU. — Traité de chirurgie.

DELESTRE. — Société anatomique, 1898.

DUPLAY. — Traité de chirurgie.

DEPLA. — Presse médicale belge, 1896.

DOYEN. — Archives provinciales de chirurgie, 1892.

DICKSON. — Berlin. Klin. Woch., 1895.

EDEBOHLS. — Amer. Journ. Obst. New.-York, 1894, p. 620.

FUSTER. — Soc. Sciences méd., Montpellier, 1904.

FREUND — Centralblatt für gynak, 1900.

FUNKE. — Gangrène des fibromyomes Thèse Strasbourg, 1891.

GARDON. — Amer Journal of Obst. New-York, 1893.

GATTI. — Il Policlinica. Rome, 1895, p. 328.

GIRAUDEAU. — Société anatomique, 1882.
GOUILLOUD. — In thèse Guyotat.
GUYOTAT. — Thèse de Lyon, 1898.
HARTMANN et MIGNOT. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 1896.
HAYNES. — Amer. Journal of Obstetric. New-York, 1884.
JACOBS. — Société belge de Gynécologie, 1897, 1898 et 1901.
JEANNEL. — Midi Médical. Toulouse, 1892.
JONES. — Med. Rec. New-York, 1890.
KRÜKENBERG. — Gangrène des myomes et grossesse. Arch. für gynak, XXI.
LAWSON-TAIT. — Zeitsch. f. Gebürth. ùnd Gynak. Bd XV.
LEWERS. — The Lancet, 1900.
LAUWERS. — Société belge de Gynécologie, 1897.
— Semaine gynécologique, 1904.
LAMBRET. — Echo médical du Nord, 1903.
LASNIER. — Thèse Bordeaux, 1896.
LAUNAY. — In thèse Picquand.
MARTIN. — Pronostic des fibromes. Normandie médicale, 1898.
MERUER. — Thèse de Paris, 1883.
MAETTHI. — Soc. d'Obstétrique de Hambourg, 1904.
MOREAU. — Société anatomique, 1850.
NICOLL. — New-York Med. Journal, 1882.
PÉAN. — Ann. de Gynécologie et d'Obstétrique, 1896.
PICQUAND. — Dégénérescences des fibromyomes. Thèse Paris, 1905.
PELLANDA. — La mort par fibromyomes utérins. Paris, 1905.
PILLIET. — Société anatomique, 1894.
POLLOSSON. — Bull. Soc. de Chirurgie. Lyon, 1903.
QUENU. — In thèse de Bisch.
REBOUL. — Bulletin Société Chirurgie, 1848.
RICHELOT. — In thèse de Guéry. Paris, 1901.
ROCHARD. — Société de Chirurgie, 1904.
STUART-MAIRUE. — Provinc. Med. Journ., 1891.
SCHŒFFER. — Société de Gynécologie de Berlin, 1891.
THIRION. — Gangrène centrale d'un myome. Journ. Méd. Bruxelles, 1847.
VANDERLINDEN et BÜCK. — Bull. Acad. royale de Méd. belge, 1896.

VINCENT. — In thèse de Guyotat.

VAUTRIN. — Semaine gynécologique, 1898.

WINTER. — Nécrose totale des myomes. Zeitsch. f. gèburts ùnd gynak. Bd LVIII.

WEISS. — Sphacèle des fibromes utérins. Gazette des Hôpitaux, 1884.

ZWEIFEL. — Leçons de Gynécologie clinique. Berlin, 1892.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 22 juin 1906
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 22 juin 1906
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !
